

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik

1. Pengertian stroke non hemoragik

Stroke non hemoragik adalah gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan. Stroke iskemik atau stroke non hemoragik terjadi akibat obstruksi atau bekuan (thrombus) yang terbentuk di dalam suatu pembuluh otak atau pembuluh organ distal (Price & Wilson, 2006). Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat menimbulkan edema sekunder (Muttaqin, 2010).

2. Faktor yang mempengaruhi stroke non hemoragik

Stroke non hemoragik di sebabkan oleh faktor peningkatan kolesterol, obesitas dan merokok (Muttaqin, 2010).

a. Peningkatan kolesterol

Peningkatan kolesterol tubuh dapat menyebabkan aterosklerosis dan terbentuknya thrombus sehingga aliran darah menjadi lambat untuk menuju ke otak, kemudian hal itu dapat menyebabkan perfusi otak menurun.

b. Obesitas

Obesitas atau kegemukan merupakan seseorang yang memiliki berat badan berlebih dengan IMT lebih besar daripada 27,8 kg/m² .

c. Merokok

Pada perokok akan timbul plaque pada pembuluh darah oleh nikotin sehingga memungkinkan penumpukan aterosklerosis dan kemudian berakibat pada stroke.

3. Gangguan mobilitas fisik pada stroke non hemoragik

a. Pengertian gangguan mobilitas fisik

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Perubahan dalam tingkat mobilitas fisik dapat mengakibatkan instruksi pembatasan gerak dalam bentuk tirah baring, pembatasan gerak fisik selama penggunaan alat bantu eksternal, pembatasan gerakan volunter, atau kehilangan fungsi motorik. Dimana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan (Potter & Perry, 2010).

b. Etiologi gangguan mobilitas fisik

Penyebab dari gangguan mobilitas fisik yakni gangguan neuromuscular. Salah satu kondisi terkait dengan gangguan mobilitas fisik adalah stroke (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Gangguan neuromuscular merupakan kondisi progresif yang dikarakteristikan dengan degenerasi saraf motorik di bagian korteks, inti batang otak dan sel kornu anterior pada medulla spinalis sehingga menimbulkan ketidakmampuan sistem saraf dan otot untuk bekerja sebagaimana mestinya (Sari, Harum et al., 2015).

c. Faktor yang mempengaruhi gangguan mobilitas fisik

Faktor yang mempengaruhi gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik yaitu usia dan gaya hidup.

1) Usia

Usia mempengaruhi perubahan sistem muskuloskeletal. Sistem muskuloskeletal mengalami perubahan sepanjang proses penuaan. Sebagian besar anggota gerak mengalami kelemahan, hal ini mengakibatkan gangguan mobilitas meningkat seiring dengan peningkatan usia. Kejadian ini menyebabkan otot-otot tidak mampu bergerak sepenuhnya, sehingga menyebabkan kelemahan pada ekstremitas (Price & Wilson, 2006).

2) Gaya hidup

Gaya hidup merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya gangguan mobilitas fisik karena tingginya angka ketidakpatuhan seseorang terutama kaum laki-laki untuk mengontrol makanan yang kurang sehat seperti makanan yang mengandung kolesterol, merokok dan kurang melakukan aktivitas fisik (Batticaca, 2012).

d. Proses terjadinya gangguan mobilitas fisik pada stroke non hemoragik

Gangguan mobilitas fisik yang terjadi pada pasien SNH diakibatkan oleh gangguan neuromuskular yang terjadi akibat obstruksi atau thrombus yang terbentuk di dalam suatu pembuluh otak. Thrombus terbentuk akibat plak arterosklerosis sehingga sering kali terjadi penyumbatan pasokan darah ke organ di tempat terjadinya thrombosis. Potongan-potongan thrombus terutama thrombus yang kecil yang biasanya disebut dengan emboli akan lepas dan berjalan mengikuti aliran darah (Ganong, 2012). Jika aliran ke setiap bagian otak terhambat karena thrombus atau emboli maka akan terjadi kekurangan suplai oksigen ke jaringan otak (Batticaca, 2012). Kekurangan suplai oksigen selama satu menit dapat menyebabkan nekrosis mikroskopis neuron-neuron area. Area

yang mengalami nekrosis yaitu area broadman 4 dan area 6 dimana area tersebut adalah bagian korteks, tepatnya korteks frontalis yang merupakan area motorik primer (Ganong, 2012). Hal ini mengakibatkan terjadinya keterbatasan dalam menggerakkan bagian tubuh sehingga menimbulkan gangguan mobilitas fisik.

e. Tanda dan gejala gangguan mobilitas fisik

Data mayor dan data minor pada gangguan mobilitas fisik, yaitu (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) :

Tabel 1
Tanda dan Gejala Mayor Minor Stroke Non Hemoragik
dengan Gangguan Mobilitas Fisik

Gejala dan Tanda Mayor	Gejala dan Tanda Minor
Subjektif	Subjektif
1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak
Objektif	Objektif
1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun	1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah

(Sumber : TIM POKJA SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator diagnostic. 2017)

f. Dampak gangguan mobilitas fisik pada stroke non hemoragik

Dampak yang terjadi apabila gangguan mobilitas fisik tidak segera diatasi yaitu hemiplegia/hemiparesis, kontraktur dan spastisitas (Syikir, 2019).

1) Hemiplegia/Hemiparesis

Kelainan ini merupakan gangguan fungsi motorik karena terjadinya lesi pada bagian Upper Motor Neuron (UMN) yang mengakibatkan kelumpuhan pada separuh sisi tubuh, terutama pada bagian lengan dan tungkai.

2) Kontraktur

Kontraktur disebabkan oleh pemendekan otot dan sendi yang menyebabkan deformitas dan keterbatasan gerak sendi. Kontraktur terjadi karena transport Ca^{2+} ke dalam retikulum dihambat sehingga tidak terjadi relaksasi meskipun tidak ada potensial aksi.

3) Spastisitas

Spastisitas merupakan suatu keadaan peningkatan tonus otot dalam otot yang lemah. Pada awalnya tahanan diakibatkan oleh adanya tegangan yang cepat diikuti dengan relaksasi secara tiba-tiba.

g. Penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik pada stroke non hemoragik

Penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik yaitu, (Adha, 2017) :

1) Pengaturan Posisi Tubuh sesuai Kebutuhan Pasien

Pengaturan posisi dalam mengatasi masalah kebutuhan mobilitas dapat disesuaikan dengan tingkat gangguan, seperti posisi fowler, sim, trendelenburg, dorsal recumbent, lithotomi, dan genu pectoral.

2) Latihan ROM pasif dan aktif

Pasien yang gangguan mobilitas fisik karena stroke non hemoragik memerlukan latihan ROM. Latihan berikut dilakukan untuk memelihara dan mempertahankan kekuatan otot, yaitu :

a) Fleksi dan ekstensi pergelangan tangan

- b) Fleksi dan ekstensi siku
- c) Supinasi dan pronasi lengan bawah
- d) Pronasi fleksi bahu
- e) Abduksi dan Adduksi
- f) Rotasi bahu
- g) Fleksi dan ekstensi jari-jari
- h) Inversi dan eversi kaki
- i) Fleksi dan ekstensi pergelangan kaki
- j) Fleksi dan ekstensi lutut
- k) Rotasi pangkal paha
- l) Abduksi dan adduksi pangkal paha
- 3) Latihan ambulansi
 - a) Duduk diatas tempat tidur
 - b) Turun dari tempat tidur, berdiri, kemudian duduk dikursi roda
 - c) Membantu berjalan

B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Mobilitas Fisik

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian adalah proses pengumpulan semua data dari klien (atau keluarga/kelompok/komunitas), proses mengolahnya menjadi informasi, dan kemudian mengatur informasi yang bermakna dalam kategori pengetahuan, yang dikenal sebagai diagnosis keperawatan. Ada dua jenis pengkajian: pengkajian skrining dan pengkajian mendalam. Keduanya membutuhkan pengumpulan data,

keduanya mempunyai tujuan yang berbeda. Pengkajian skrining adalah langkah awal pengumpulan data, dan mungkin yang mudah untuk diselesaikan (Nanda, 2018).

Dalam pengkajian skrining hal yang pertama dilakukan adalah pengumpulan data. Pengumpulan data merupakan pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis. Metode yang digunakan dalam pengumpulan data yaitu wawancara (anamnesa), pengamatan (observasi), dan pemeriksaan fisik (*physical assessment*). Langkah selanjutnya setelah pengumpulan data yaitu lakukan analisis data dan pengelompokan informasi.

Selain itu, terdapat 14 jenis subkategori data yang harus dikaji yakni respirasi, sirkulasi, nutrisi atau cairan, eliminasi, aktivitas atau latihan, neurosensori, reproduksi atau seksualitas, nyeri atau kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan atau perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan atau pembelajaran, interaksi sosial, dan keamanan atau proyeksi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Pada klien dengan gangguan mobilitas fisik dalam kategori fisiologis dengan subkategori aktivitas dan istirahat, meliputi data mayor dan minor yang tercantum. Gejala dan tanda mayor secara subjektif yakni mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, sedangkan secara objektif adalah kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun. Gejala dan tanda minor secara subjektif yakni nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sedangkan secara objektif adalah sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Proses penegakan diagnosa (*diagnostic process*) merupakan suatu proses yang sistematis yang terdiri atas tiga tahap yaitu analisa data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosa. Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah (*problem*) yang merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respons klien terhadap kondisi kesehatan, dan indikator diagnostik. Indikator diagnostik terdiri atas penyebab, tanda/gejala dan faktor risiko. Pada diagnosis aktual, indikator diagnostik hanya terdiri atas penyebab dan tanda/gejala (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Diagnosa keperawatan yang diambil dalam masalah ini adalah gangguan mobilitas fisik. Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Gangguan mobilitas fisik termasuk jenis kategori diagnosis keperawatan negatif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit sehingga penegakkan diagnosis ini akan mengarah ke pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan.

Penyebab terjadinya gangguan mobilitas fisik antara lain kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan

muskuluskeletal, gangguan neuromuscular, indeks masa tubuh di atas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensori persepsi. Tanda dan gejala mayor gangguan mobilitas fisik secara subjektif yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, dan secara objektif yaitu kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun.

Tanda dan gejala mayor minor dari gangguan mobilitas fisik secara subjektif yaitu nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, secara objektif yaitu sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah. Kondisi klinis yang terkait dengan gangguan mobilitas fisik yaitu stroke, cedera medulla spinalis, trauma, fraktur, osteoarthritis, osteomalasia, ostemalasia dan keganasan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan atau intervensi adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Dalam tahap perencanaan keperawatan terdiri dari dua rumusan utama yaitu rumusan luaran keperawatan dan rumusan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Luaran (*outcome*) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan. Adapun komponen luaran keperawatan diantaranya label

(nama luaran keperawatan berupa kata-kata kunci informasi luaran), ekspetasi (terdiri dari ekspetasi meningkat yang artinya bertambah baik dalam ukuran, jumlah, maupun derajat atau tingkatan, menurun artinya berkurang baik dalam ukuran, jumlah maupun derajat atau tingkatan, membaik artinya menimbulkan efek yang lebih baik, adekuat, atau efektif), kriteria hasil (karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Intervensi keperawatan memiliki tiga komponen yaitu label, definisi dan tindakan. Label merupakan kata kunci untuk memperoleh informasi mengenai intervensi keperawatan. Label terdiri atas satu atau beberapa kata yang diawali dengan kata benda (nomina) yang berfungsi sebagai deskriptor atau penjelas dari intervensi keperawatan. Terdapat 18 deskriptor pada label intervensi keperawatan yaitu dukungan, edukasi, kolaborasi, konseling, konsultasi, latihan, manajemen, pemantauan, pemberian, pemeriksaan, pencegahan, pengontrolan, perawatan, promosi, rujukan, resusitasi, skrining dan terapi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Definisi merupakan komponen yang menjelaskan makna dari label intervensi keperawatan. Tindakan merupakan rangkaian aktifitas yang di kerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan pada intervensi keperawatan terdiri dari empat komponen meliputi tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi dan tindakan kolaborasi. Klasifikasi intervensi keperawatan gangguan mobilitas fisik termasuk dalam kategori fisiologis dan termasuk ke dalam subkategori aktivitas dan istirahat (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2
Perencanaan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik
dengan Gangguan Mobilitas Fisik

NO	Diagnosa Keperawatan	Luaran SLKI	Perencanaan Keperawatan SIKI
1	2	3	4
1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 kali 24 jam, maka diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi, dengan kriteria hasil : 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Rentang gerak (ROM) meningkat 4) Nyeri menurun 5) Kecemasan menurun 6) Kaku sendi menurun 7) Gerakan tidak terkoordinasi menurun 8) Gerakan terbatas menurun 9) Kelemahan fisik menurun	Dukungan mobilisasi Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi adanya toleransi fisik saat melakukan pergerakan 3) Monitor tekanan darah sebelum memulai mobilitas 4) Monitor keadaan umum selama melakukan mobilitas Terapeutik 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya pagar tempat tidur) 2) Fasilitasi melakukan pergerakan , jika perlu 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini

1	2	3	4
---	---	---	---

3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

Pengaturan posisi

Observasi

1) Monitor status oksigenasi

Terapeutik

1) Motivasi melakukan ROM aktif atau pasif

2) Hindari gerakan

Sumber : Tim Pokja SIKI DPP PPNI. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan 2018

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan komponen dari proses keperawatan yang merupakan kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Potter & Perry, 2010). Pengertian tersebut menekankan bahwa implementasi adalah melakukan atau menyelesaikan suatu tindakan yang sudah direncanakan pada tahapan sebelumnya.

Implementasi keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas perawat. Sebelum melakukan tindakan, perawat harus mengetahui alasan mengapa tindakan tersebut dilakukan. Implementasi keperawatan berlangsung dalam tiga tahap. Fase pertama merupakan fase persiapan yang mencakup pengetahuan tentang validasi rencana, implementasi rencana, persiapan pasien dan

keluarga. Fase kedua merupakan puncak implementasi keperawatan yang berorientasi pada tujuan. Fase ketiga merupakan transmisi perawat dan pasien setelah implementasi keperawatan selesai dilakukan.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkat yaitu evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Evaluasi sumatif yaitu evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan, dengan kata lain, bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan ke arah tujuan atau hasil akhir yang diharapkan. Evaluasi formatif atau disebut juga dengan evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan dilakukan.

Format evaluasi yang digunakan adalah SOAP. S: Subjective yaitu keluhan dari pasien, O: Objective yaitu data yang diobservasi, A: Analisis yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif, P: Planning yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis (Potter & Perry, 2010).